



**Formation des relais communautaires
en techniques de communication pour
la promotion de la PF.**

Cahier du relais

Avril 2011

Contenu du cahier

CONNAISSANCE DU PROJET ISSU

Thème 1 : Présentation du projet..... 3

Thème 2 : Axes d'intervention pour la création de la demande..... 4

LES PROGRAMMES PRIORITAIRES DE SANTE MATERNELLE NEO NATALEET INFANTILE

Thème 1 : Rappels sur les composantes de la SMNI..... 6

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ORGANES GENITAUX

Thème 1 : Les organes génitaux de l'homme et de la femme..... 9

Thème 2 : Le cycle menstruel 11

PREVENTION DES IST/SIDA

Thème 1 : Les IST 12

Thème 2 : Les grandes questions sur le VIH/SIDA..... 14

LA PLANIFICATION FAMILIALE

Thème 1 : Bien fondé de la PF 16

Thème 2 : Les méthodes contraceptives..... 17

Thème 3 : Avantages et obstacles de la PF 26

COMMUNICATION EN ANIMATION DE GROUPE

Thème 1: Communication et concept d'adulte..... 28

Thème 2 Orientations sur l'utilisation des aides visuelles 30

Thème 3 : Techniques d'animation (La causerie participative, La visite à domicile)..... 31

CONNAISSANCE DU PROJET

I. Présentation du projet

L'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU) est un projet de 5 ans (2010 – 2014) de promotion de la planification familiale dans des zones urbaines défavorisées au Sénégal. Elle est mise en œuvre dans le cadre d'une large initiative de santé reproductrice urbaine incluant l'Inde, le Nigéria, et le Kenya. L'augmentation de l'utilisation de la planification familiale est un des déterminants de l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; contribuant ainsi à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

L'ISSU est déroulée par un consortium de huit organisations. Outre Intrahealth qui assure la coordination, ce groupe comprend : Family Health International (FHI), ENDA Santé, Marie Stropes International (MSI), Action pour le Développement (AcDev), le Réseau Islam et Population (RIP), l'Association Nationale des Sages femmes du Sénégal (ANSFES) et l'Association Nationale des Journalistes en Population et Développement (ANJPD)

Missions

- Appuyer les efforts du MSP pour l'atteinte des OMD (4 et 5) à travers l'exécution des stratégies retenues dans la feuille de route SR.
- Contribuer au repositionnement de la Planification familiale au Sénégal en ciblant les populations des zones urbaines défavorisées.

But et objectifs

Augmenter d'au moins 20% le taux de prévalence contraceptive dans les zones urbaines défavorisées ciblées.

Objectif 1 : Intégrer les services de PF (aux soins de SMNI, après accouchement et du post avortement...).

Objectif 2 : Améliorer la qualité des services PF destinées aux populations urbaines.

Objectif 3 : Promouvoir le partenariat public/privé et tester des approches novatrices d'offre de service dans le secteur privé.

Objectif 4 : Développement d'interventions visant à stimuler la demande en PF et leur utilisation à long-terme.

Objectif 5 : Disséminer les résultats de l'initiative, accroître l'accès des populations et servir de référence pour les pays de la sous-région.

Zones d'intervention Guédiawaye, Pikine, Ville de Dakar, Mbao , Mbour , Ville Kaolack

Composantes du projet

Offre

- Intégrer la PF dans les PPS à grand volume d'activités
- Cibler les prestataires du niveau opérationnel (Sages-femmes et infirmiers)
- mettre a contribution le secteur privé

Demande :

- Interventions en direction des groupes cibles prioritaires:
- Femmes en âge de reproduction
- Réseau sociaux et organisations communautaires

Plaidoyer

- Renforcer les capacités de la société civile dans le plaidoyer
- pour un engagement plus fort en faveur de la PF
- Engager le gouvernement pour la réplique des modèles

Partenaires stratégiques

- Division de la Santé de la Reproduction
- Régions médicales de Dakar, Kaolack et Thiès
- Districts sanitaires des villes choisies
- Collectivités locales

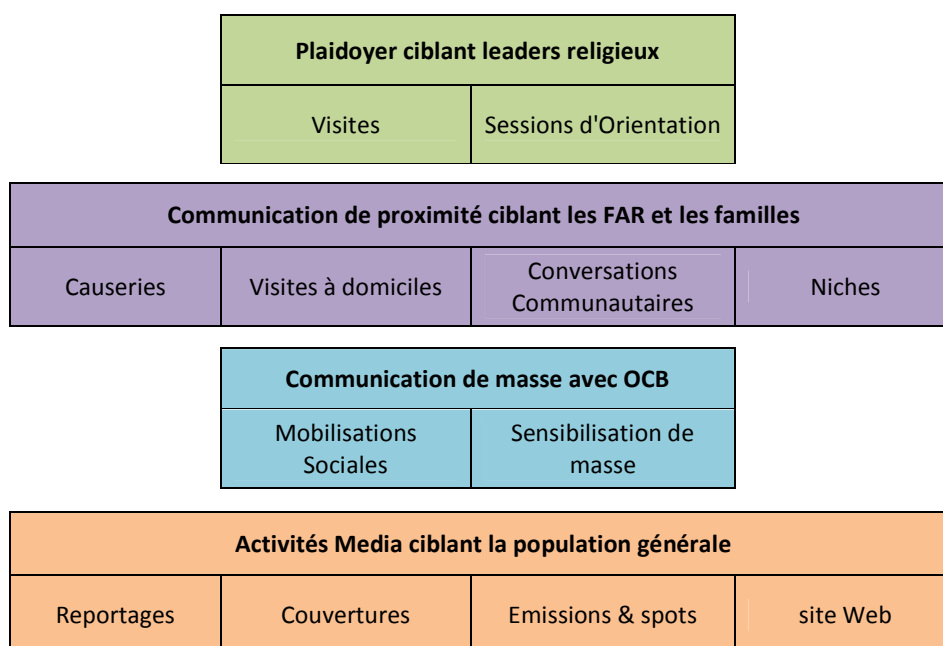
II. Axes d'intervention pour la création de la Demande

Démarche globale

- Focus sur les FAR (cible primaire) et les hommes (cible secondaire)
- Portes d'entrée : Leaders religieux, personnes influentes et OCB

Deux axes majeurs pour susciter et maintenir la demande dans les sites du projet :

1. Lever les barrières socioculturelles contre la PF afin de **favoriser un environnement favorable l'utilisation accrue des méthodes modernes**. A cet effet des actions soutenues seront menées en direction des leaders religieux et des hommes identifiés par la recherche comme des groupes opposés à la PF. Il est attendu des leaders religieux, notamment les imams d'éclairer les populations sur la position favorable de l'islam par rapport la PF. Les media seront également mis à profit notamment par le biais d'émissions radio interactives, de jeux concours, de reportages et de diffusion de spots.
2. Assurer une **continuité et une densification du message sur la PF au niveau communautaire**. Les OCB seront les canaux pour sensibiliser les populations ; notamment les FAR et leurs proches sur les avantages de la PF. Les messages seront davantage orientés vers les facteurs d'acceptation et de non acceptation relevés par la recherche qualitative.



Contribution des OCB

- Planifier les activités dans les zones de responsabilités ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités planifiées (causeries et visites à domicile) ;
- S'assurer du remplissage correct des fiches d'activités ;
- Faire une synthèse mensuelle des activités et envoyer une copie au superviseur direct
- Appuyer la mise en œuvre du projet dans toutes ses composantes.

Rôles et responsabilités des relais communautaires

- Sensibiliser la communauté sur la santé maternelle et infantile en général et les avantages de l'espacement des naissances en particulier ;
- Planifier et organiser des causeries sur des thématiques de la PF en partenariat avec les OCB ;
- Planifier et effectuer des visites à domiciles dans sa zone de responsabilité ;
- Remplir les fiches d'activités selon les normes ;
- Assurer le lien entre les structures d'offre de services et la communauté
- Orienter les populations vers les structures de santé pour leur prise en charge en cas de maladie, de grossesse, d'accouchement, pour prévention (vaccination, etc.)
- Rendre compte au besoin, de la situation de la SMN aux communautés

LES PROGRAMMES PRIORITAIRES DE SANTE MATERNELLE ET NEO NATALE ET INFANTILE

Rappels sur les composantes de la SMNI

DEFINITION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

MORTALITE MATERNELLE

« Tout décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ;de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse » OMS.

La cause du décès doit être liée à la grossesse ou aggravée par elle.

MORTALITE NEONATALE :

Tout décès d'un nouveau-né survenu de la naissance jusqu'à 28 jours de vie.

LES CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

Causes directes de la mortalité maternelle

- Les hémorragies
- Les dystocies
- Les infections
- Les états hypertensifs
- Les avortements

Les causes indirectes des décès maternels

- Anémie
- Paludisme
- Maladies cardiaques
- VIH
- Les causes de la mortalité néonatale
- Le faible poids à la naissance
- La souffrance cérébrale
- Détresse respiratoire (asphyxie étouffement)
- Les malformations congénitales
- Les infections néonatales
- Autres

LES FACTEURS FAVORISANT LA MMN

Facteurs socio culturels

- L'âge de la femme (moins de 18 ans et plus de 35 ans) ;
- Le nombre élevé de grossesses (plus de 5) ;
- Les grossesses rapprochées (moins de 2 ans entre 2 naissances) ;
- La pauvreté ;
- L'éloignement du centre de santé ou le manque de routes pour atteindre les formations sanitaires
- Le recours à la médecine traditionnelle;
- L'ignorance des signes de danger de la grossesse par les femmes, les familles, les accoucheuses traditionnelles et les communautés ;
- Certaines croyances socioculturelles telles les Mutilations Génitales Féminines, les tabous alimentaires, la surcharge de travail etc. ;
- La négligence des populations

- Le statut inférieur de la femme
- La qualité des services (la plupart des accouchements sont faits par le personnel non formé)
- Le manque de sensibilisation en SR
- L'analphabétisme
- Absence de mutuelles de santé et de caisses communautaires
- L'ignorance du plan de préparation à l'accouchement
- Le coût élevé des évacuations sanitaires
- La rupture fréquente des médicaments d'urgence
- Le système de référence et contre référence peu performant.

Autres facteurs : les 3 retards

Le 1er retard : Retard dans la reconnaissance des signes de danger et la prise de décision

- Méconnaissance des signes de danger.
- Lenteur dans la prise de décision
- Faible pouvoir de décision de la femme

Le 2ème retard : Retard dans l'accès à la formation sanitaire.

- Longues distances.
- Mauvais état des routes.
- Insuffisance de moyens de transport adéquats.
- Faible revenu des ménages

Le 3ème retard : Retard dans l'accès aux soins

- Insuffisance :
 - en personnel
 - en équipement
 - en médicaments et fournitures adéquats.
- Faible motivation du personnel

Composantes de la SMNI

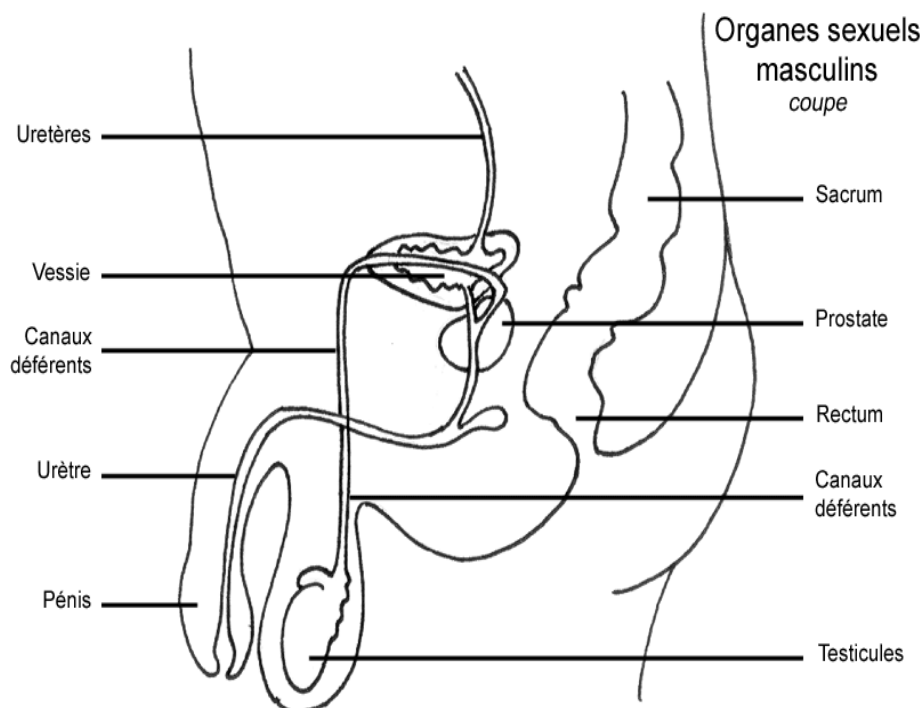
Composantes	Normes	Importance
Consultations prénatales	4 consultations : 1ère visite : dès l'absence des règles jusqu'à 3 mois de grossesse 2ème visite : entre 4 et 6 mois de grossesse 3ème visite : à 8 mois de grossesse (entre 6et 8 mois) 4ème Visite : au 9ème mois Après le 9 ^e mois rendez vous tous les 15 jours si la femme n'accouche pas	<ul style="list-style-type: none"> • La surveillance de l'évolution de la grossesse • L'éducation de la femme, la famille et la communauté sur les signes de danger, • Le bilan prénatal • Le dépistage et le traitement des affections qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement, • La PTME • Le dépistage des grossesses à risques • Permet de faire un plan d'accouchement • Permet de faire la chimio-prophylaxie (fer, antipaludéens) • Conseils sur la PF
Vaccination des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • 5 VAT pour toutes les FAR durant toute la période de procréation ; • VAT 2 et plus pour les femmes enceintes • VAT 1 et 2 pour les femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • La réduction de l'incidence du tétanos
Accouchement	Assisté par une personne qualifiée par niveau (agent de santé : sage-femme, infirmier, médecin, assistant infirmier)	<ul style="list-style-type: none"> • La surveillance du travail • Le dépistage, la prise en charge ou la référence des complications,

		<ul style="list-style-type: none"> • La réduction des interventions médicales invasives, sauf en cas de besoin • Les soins à l'accouchée et au nouveau-né • Mise au sein précoce • La méthode kangourou (le contact mère enfant) et conseils sur l'AME • La prévention des infections. • La MAMA
Vaccination des nouveaux nés	BCG Polio zéro (0 à 15 jours)	<ul style="list-style-type: none"> • La réduction de l'incidence des maladies infectieuses susceptibles d'être prévenues • Sensibiliser la mère sur l'importance de la vaccination complète d'un enfant, • Informer la mère sur le nombre de contacts restants, • Indiquer la date de la prochaine vaccination,
Consultations postnatales	CPoN1 (J1__J3) CPoN2 (J9-J15) CPoN3(J16-J42)	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller l'accouchée et le nouveau né • Dépister et traiter les complications des suites de couches • Promouvoir l'allaitement maternel (exclusif) • Aider la femme à choisir une méthode contraceptive • Prévenir et traiter les IST • Vérifier le statut vaccinal du couple mère-enfant et compléter si nécessaire • Prévenir l'anémie • Supplémentation Vitamine A pour la mère
Vaccination des enfants	<p>0 - 1 mois B C G + POLIO o Tuberculose Poliomyélite</p> <p>6 semaines POLIO + PENTA 1 Poliomyélite Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B (Haemophilus influenzae)</p> <p>10 semaines POLIO 2 + PENTA 2 Poliomyélite Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Infections à H I B</p> <p>14 semaines POLIO 3 + PENTA 3 Poliomyélite Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Infections à HIB</p> <p>9 mois VAR + VAA Rougeole Fièvre jaune Rappels Penta 1er Rappel : 1an après la dernière vaccination 2ème Rappel : 5 ans après le 1er rappel puis 1 rappel tous les 10ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protège de la mort prématurée • Protège contre quelques maladies graves • Evite les handicaps • Evite les grosses dépenses pour les soins médicaux • Permet de mener normalement les activités quotidiennes sans la souffrance et les soins d'un enfant gravement malade

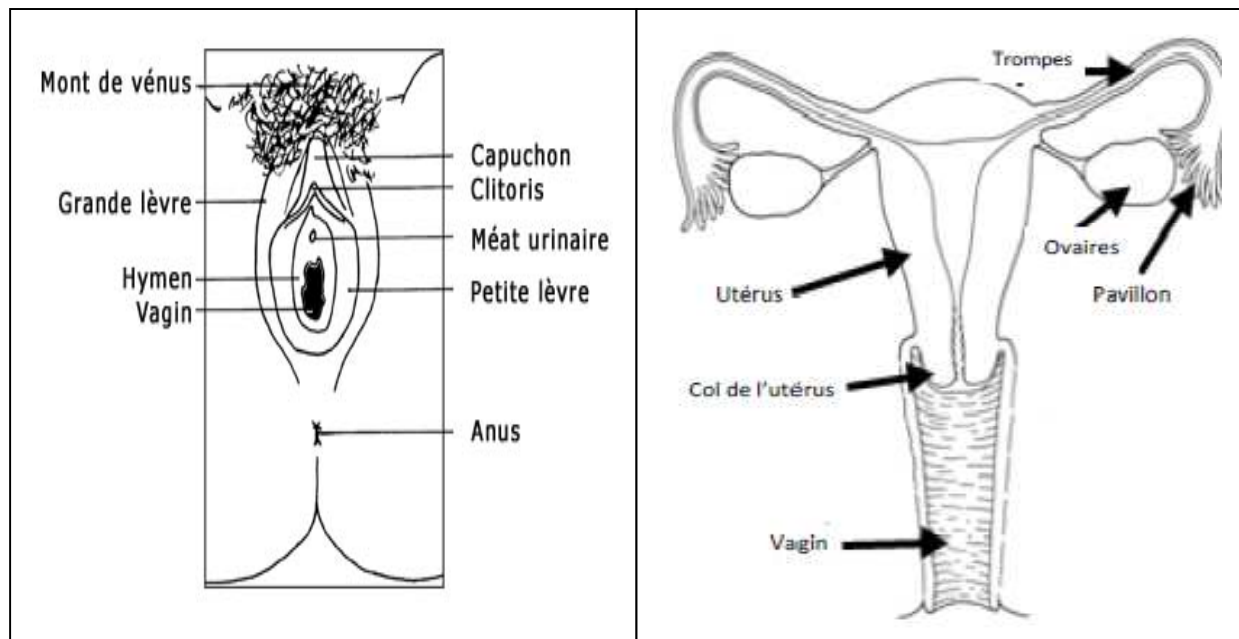
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ORGANES GENITAUX

I. Les organes génitaux de l'homme et de la femme

FONCTIONS DES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME (Partie externe et partie interne)		
N°	Organes	Fonctions
Partie externe		
1.	Pénis	Organe de pénétration intra vaginale lors des rapports sexuels
2.	Méat urinaire	Sortie des urines
3.	Gland	Bout du pénis, zone sensible
4	Bourses	Contiennent et protègent les testicules
Partie interne		
1	Testicules	situés dans les bourses, ils fabriquent les hormones
2	Epididyme	Assure la maturation des spermatozoïdes
3	Canal déférent	Conduit les spermatozoïdes vers la vésicule séminale
4	Vésicule séminale	Conserve les spermatozoïdes avant tout rapport sexuel Elabore le liquide spermatique qui baigne les spermatozoïdes
5	Prostate	Permet la sortie des spermatozoïdes lors de l'éjaculation
		Bloque l'émission de l'urine lors de l'éjaculation
		Sécrète un liquide qui dilue l'éjaculât
6	Glande de Cooper	Sécrète un liquide qui lubrifie l'urètre et facilite l'écoulement de l'éjaculât vers l'extérieur lors de l'éjaculation
7	Urètre	Voie de sortie des spermatozoïdes lors de l'éjaculation
		Voie de sortie des urines en dehors des rapports sexuels.



Fonctions des organes génitaux de la femme (Partie externe et partie interne)		
N°	Organes	Fonctions
Partie externe		
1.	Le mont de vénus	Amas de forme triangulaire situé au pubis et recouvert de poils (aux alentours de la puberté). Le mont de vénus a une fonction érotique.
2.	Les grandes lèvres	deux (2) replis qui bordent extérieurement la vulve, elles ont un rôle protecteur des organes génitaux externes
3.	Les petites lèvres	Ce sont deux replis situés entre les grandes lèvres et l'orifice vaginal. Elles protègent l'orifice vaginal
4.	Le clitoris	C'est une petite saillie située à la partie supérieure des petites et grandes lèvres. Le clitoris est un organe érectile extrêmement sensible. Il participe à l'orgasme chez la femme.
5.	Le méat urinaire	Orifice sous le clitoris par lequel sort l'urine
Partie interne		
1.	Le vagin	Organe de copulation, fermé partiellement par l'hymen chez la jeune fille. Le vagin sert de passage pour les règles et constitue une voie de sortie du bébé lors de l'accouchement
2.	L'utérus	organe dans lequel se produit le phénomène des règles, siège de la nidation et du développement du bébé.
3.	Le col de l'utérus	Porte d'entrée de l'utérus, secrète la glaire cervicale qui facilite la montée des spermatozoïdes, voie de passage des règles et du bébé
4.	Les trompes	Deux (2) tuyaux qui relient les ovaires à l'utérus, permettent le passage de l'ovule, lieu de rencontre du spermatozoïde et de l'ovule.
5.	Les ovaires	situés de chaque côté de l'utérus, ils sont au nombre de deux (2), ils produisent les ovules et secrètent les hormones de la femme..



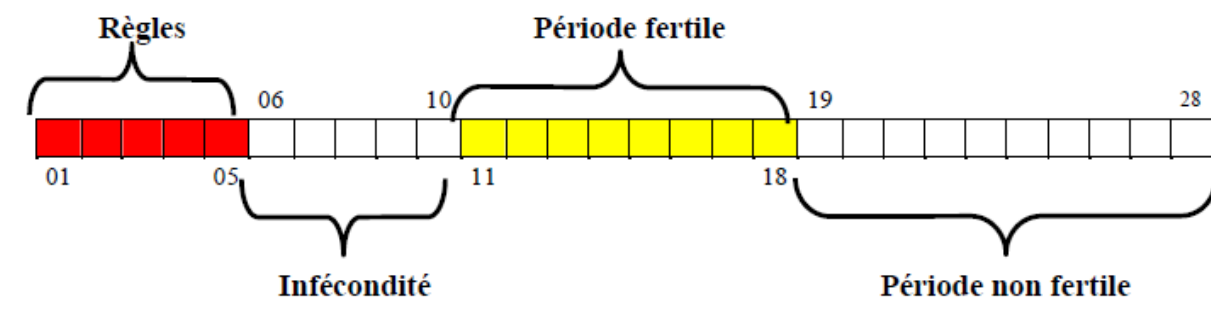
II. Le cycle menstruel et la fécondation

QU'EST QUE LE CYCLE MENSTRUEL

- Le cycle menstruel est un ensemble de modifications qui surviennent de manière périodique chez la femme de la puberté à la ménopause.
- Les règles constituent la partie la plus visible de ces modifications
- Les règles commencent à partir de l'âge de 12 ans environ.
- La durée des règles varie d'une femme à une autre (2 à 7 jours)

LES PHASES DU CYCLE MENSTRUEL

- En moyenne, le cycle menstruel dure 28 jours et comprend trois phases.
- Une phase des règles (2 à 7 jours)
- Une phase féconde (période durant laquelle la femme peut tomber enceinte)
- Une phase non féconde (période pendant laquelle la femme ne peut pas tomber enceinte)



LA FECONDATION

La fécondation est l'union du spermatozoïde (semence de l'homme) et de l'ovule (semence de la femme).

- Les ovaires de la femme produisent un ovule au cours de chaque mois, (vers le 14^{ème} jour après le début des règles).
- L'ovule va descendre vers l'utérus à travers les trompes.
- En cas de rapport sexuel pendant cette période, les spermatozoïdes traversent le col et montent dans les trompes à travers l'utérus. Si un des spermatozoïdes pénètre l'ovule, il y a fécondation : la femme tombe

PREVENTION DES IST/SIDA

I. Prévention et prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Différence entre MST et IST

L'infection est la première étape vers la maladie et en général une personne peut être infectée sans le savoir et à son tour infecter d'autres personnes en cas de rapport sexuel non protégé.

Les manifestations des IST

- Douleurs en urinant (chez les hommes, rare chez les femmes)
- Pertes chez Homme : pus qui s'écoule du pénis avec mauvaise odeur
- Pertes de chez la Femme : pus de couleur jaunâtre ou verdâtre avec mauvaise odeur qui coule du vagin. Veuillez noter que les pertes chez les femmes peuvent avoir d'autres causes non-liées aux rapports sexuels. Il faut qu'elles aillent au centre de santé pour un examen.
- Plaies : ouvertes, fermées ; douloureuses, non-douloureuses
- Boutons
- Inflammations
- Testicules douloureux (lourds sacs de graines)
- Douleurs lors des rapports sexuels (chez les femmes)
- Douleurs du bas ventre (chez les femmes)
- Aucun symptôme: On ne se rend pas du tout compte qu'on porte les microbes parce que les microbes peuvent :
 - rester dans les parties intérieures sans faire mal pour longtemps ;
 - ou faire des signes et puis se cacher sans signes et revenir plus tard et on pense qu'on est guéri sans traitement alors que les microbes se cachent et on est toujours infecté.

Conséquences

- les écoulements pourront être plus abondants et de mauvaises odeurs.
- Les douleurs peuvent devenir plus violentes.
- La stérilité peut subvenir, empêchant la possibilité d'avoir des enfants.
- Des difficultés peuvent apparaître lors des grossesses, ou peuvent même provoquer une fausse couche.
- Dans des cas plus graves la personne peut développer des cancers, devenir aveugle, devenir fou ou même mourir subitement.
- Rupture possible des organes génitaux
- Rétrécissement urétral chez l'homme pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale
- Les IST facilitent la transmission du VIH/SIDA
- Conjonctivite du nouveau-né pouvant entraîner la cécité
- Mort suite à une rupture des trompes liée à la grossesse extra utérine
- Problèmes conjugaux [divorce, répudiation, seconde épouse, etc.]
- etc.

Transmission

La transmission des IST peut survenir de plusieurs façons :

- Lors des rapports sexuels par contact des parties et des liquides sexuels infectés (relations sexuelles non protégées).
- La transmission de la mère au nouveau-né. C'est à dire, une maladie sexuellement transmissible peut passer de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou pendant l'accouchement
- Un manque d'hygiène, une allergie ou un excès d'hygiène.

Ce qu'il faut faire

- se rapprocher sans attendre des structures sanitaires [hôpital, dispensaire, centre de santé, poste de santé, clinique privée, etc.] ;
- informer ses partenaires et se soigner en même temps ;
- Ne pas acheter des médicaments de la rue ;
- respecter le traitement prescrit jusqu'à guérison complète;
- s'abstenir jusqu'à guérison complète ou éviter les rapports sexuels non protégés ;
- envisager de faire le test du VIH/SIDA.

Ce qu'il ne faut pas faire

- avoir honte d'aller se faire soigner
- se soigner soi même ou demander à un ami les médicaments qu'il avait pris quand il était dans une situation pareille
- préférer recourir aux charlatans
- refuser de s'informer
- négliger de faire le test du VIH/SIDA
- etc.

Comportements favorisant les IST

- multi partenariat (prostitution) ;
- rapports sexuels non protégé avec des partenaires occasionnels ;
- Utilisation abusive d'aphrodisiaques à introduit dans le vagin, de savon liquide, d'antiseptique
- les pratiques sexuelles à risques [pénétration orale, anale, vaginale sans préservatif]
- les pratiques socio culturelles (lévirat/sororat excision, mariage forcée, mariage précoce)
- manque hygiène sexuel
- refuser de s'informer sur les IST/SIDA
- etc.

II. Les grandes questions sur le VIH/SIDA

Questions qu'on peut soulever	Réponses essentielles
<p>Question 1. Qu'est-ce qui cause le SIDA ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le sida est une maladie très grave qui se développe de plus en plus dans notre région. • Il est causé par un virus qui peut entrer dans notre corps.
<p>Question 2. Quelle est l'origine du sida ? (c'est la faute à qui ?) (Pourquoi on parle de l'Afrique ?) (N'est-ce pas une fabrication contre l'Afrique ?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a plusieurs idées discutées mais jusqu'à présent, personne ne sait l'origine. • Pour nous, est-ce vraiment important de le savoir ? C'est un fait qui est là, et auquel on doit répondre. • Par exemple, quand il y a un incendie dans le village, on ne perd pas du temps à discuter sur l'origine du feu avant d'aller chercher un seau d'eau pour l'éteindre.
<p>Question 3. Qu'est ce que c'est que le SIDA ? Et le VIH ?</p>	<p>Dans le corps humain, il y a ce qu'on appelle un « système » de défense. Ce système permet au corps de combattre les maladies. Quand on a le SIDA, ce système est affaibli, ce qui permet à plusieurs maladies graves de se manifester rapidement dans le corps.</p> <p>Une personne qui a le SIDA risque d'avoir des maladies graves qui ne touchent pas ceux qui ont un système de défense fort. Parmi les maladies qui affectent beaucoup les personnes qui ont le SIDA il y a la pneumonie, la tuberculose, les diarrhées qui ne s'arrêtent pas et le cancer de la peau. Ce sont ces maladies qui peuvent rendre la personne gravement malade ou la tuer. Le VIH est le nom du virus qui cause le SIDA. C'est ce virus qui attaque le système de défense du corps.</p> <p>Ainsi, on dit qu'une personne est « infectée par le VIH ». Cela veut dire que la personne a le virus dans son corps. Parfois, on dit qu'une personne infectée par le VIH est « séropositive ».</p> <p>Une personne peut être infectée par le VIH sans être malade et sans avoir le SIDA, pendant plusieurs années dans de nombreux cas. Ceci s'explique par le fait que le virus VIH se reproduit dans le corps au fil du temps. Le SIDA est le nom du stade grave de l'infection par le virus VIH. Si on n'est pas infecté par le virus VIH, on ne peut pas tomber malade du SIDA.</p>
<p>Question 4. Comment se manifeste le sida ? (Comment puis-je savoir que j'ai le sida ?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il y a des manifestations principales telles : <ul style="list-style-type: none"> - diarrhée persistante et très grave - amaigrissement rapide (perte de poids grave en 2 mois) - grosses taches dures qui apparaissent sur la peau et ne disparaissent pas. ▪ Les manifestations ne sont pas toujours présentes. C'est-à-dire, quelqu'un qui a le virus dans son corps n'est pas toujours malade. ▪ D'autres manifestations moins graves peuvent se présenter de temps en temps, mais on trouve ces manifestations avec d'autres maladies courantes.

<p>Questions 5. Comment est-ce qu'on peut attraper le sida ? et comment ça ne s'attrape pas ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a seulement 3 moyens par lesquels on peut l'attraper : <ul style="list-style-type: none"> - par les rapports sexuels non protégés - de la mère à l'enfant nouveau-né si la mère a le virus du sida dans son corps - plus rarement, quand il y a échanges de sang contenant le virus du sida. • Il ne s'attrape pas par tout autre moyen (salutation, baisée, partage d'un plat...)
<p>Question 6. Quel traitement ? Y a t'il un vaccin ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre le sida. Ainsi c'est à dire à chacun de prendre des mesures pour se protéger. • Il y a des traitements pour soigner quelques manifestations du sida par exemple, mais pas encore de traitements pour guérir le sida lui-même.
<p>Question 7. Comment savoir qu'une personne a le sida ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. On a vu qu'une personne qui a le sida n'est pas toujours malade. 2. Ainsi, on ne peut pas savoir juste en regardant que quelqu'un a le virus du sida dans son corps. 3. Il est inutile d'essayer de deviner, ou de supposer. 4. Si quelqu'un a le virus du sida mais se porte bien, il peut ne pas lui-même savoir.
<p>Question 8. Le sida est-il une punition de Dieu?</p>	<p>N.B C'est une question piège. Quelle que soit la réponse, on ne pourra ni convaincre, ni satisfaire. Alors il faut renvoyer la question au groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'en pensez-vous ? Pourquoi ? • N'est-ce pas une question piège
<p>Question 9. Est-ce que je doit me protéger ? Comment?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le sida est un danger pour tout le monde. Nous pouvons tous courir le risque de l'attraper si nous nous ne protégeons pas. Il appartient à tout un chacun de choisir un moyen efficace • Chez nous, le sida s'attrape surtout pendant les relations sexuelles non protégées. Or il existe 3 possibilités de se protéger: <ul style="list-style-type: none"> - ne pas avoir de relations sexuelles. - On peut être protégé quand les partenaires sont chacun fidèle à l'autre et personne d'entre eux n'a le virus du sida. - Ou on peut se protéger avec la capote.
<p>Question 10. Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis d'une personnes vivant avec le sida ,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien • Affection • Accompagnement

LA PLANIFICATION FAMILIALE

I. Bien fondé de la PF

Définition de l'espacement des naissances

L'espacement des naissances est une pratique volontaire consistant pour un couple d'éviter des grossesses rapprochées en respectant l'intervalle inter génésique (au moins deux ans entre deux grossesses consécutives). Ceci peut être réalisé grâce à l'adoption par le couple de méthodes et moyens appropriés.

La PF a 2 objectifs :

- Réduire la mortalité de la mère et de l'enfant;
- Améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Bien fondé de la planification familiale

Peut réduire :

- la mortalité maternelle de 17-35 %
 - Réduit les grossesses trop précoces, trop tardives, trop nombreuses et trop rapprochées
 - Protège contre grossesses non désirées
 - Réduit les avortements clandestins mortels et les infanticides
- la mortalité infantile 20-30 %

Selon les données d'une étude internationale

- Les enfants nés après un court intervalle inter-génésique ont deux fois plus de risques de mourir que ceux nés après une période de + 2 ans.
- Espacement naissance de 24 mois entraîne une diminution de la mortalité infantile de 20-30 %
- Les jeunes de 15 à 19 ans ont 2 fois + de Risque de mourir à la suite de causes maternelles que les plus âgées ;

Les adolescents n'ont pas la maturité physique suffisante, ce qui accroît leur risque de souffrir de complications obstétricales.

II. Les méthodes contraceptives

QU'EST CE QUE LA CONTRACEPTION

La contraception est un ensemble de moyens et de méthodes utilisés pour empêcher la survenue d'une grossesse non désirée et/ou non planifiée pendant une période déterminée.

Elle peut être utilisée de manière temporaire ou définitive.

On distingue plusieurs méthodes et moyens contraceptifs que l'on classe généralement en trois grandes rubriques suivantes :

- les méthodes traditionnelles;
- Les méthodes naturelles
- les méthodes modernes.

La contraception peut être utilisée par l'homme, la femme, l'adolescent et l'adolescente

METHODES ET MOYENS CONTRACEPTIFS TRADITIONNELS

Il s'agit de moyens et méthodes couramment utilisés au sein d'une collectivité à des fins contraceptifs. On peut citer notamment :

- Le port par les femmes d'amulettes, de gris-gris ou de cordelettes autour de la taille
- L'application d'une toile d'araignée au niveau du col de l'utérus
- L'interruption du coït avant l'éjaculation
- La séparation des conjoints aussitôt après l'accouchement
- L'abstinence durant toute la période d'allaitement

Ces méthodes ont l'avantage d'être sous-tendues par des valeurs culturelles du terroir. A ce propos, leur existence comme telle témoigne de l'intérêt et des préoccupations sociales de la communauté à pratiquer l'espacement des naissances pour des fins déterminées. Ces méthodes contraceptives ont aussi l'avantage d'être économiquement peu coûteuse. Toutefois, leur efficacité est relative. Par ailleurs, l'observance stricte de certaines de ces méthodes est toujours sujette à caution (ex : abstinence prolongée, coït interrompu, séparation des conjoints).

METHODES CONTRACEPTIVES NATURELLES

Une méthode naturelle est une méthode qui ne demande pas de produit ou un matériel spécial pour assurer une contraception. Elle est basée sur des phénomènes qui se passent dans l'organisme et qui expliquent le cycle menstruel. Il s'agit de:

- Méthode de l'allaitement maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)
- La Méthode des jours fixes/ collier (MJF)

METHODES ET MOYENS CONTRACEPTIFS MODERNES

Il existe plusieurs méthodes contraceptives modernes. On les classe généralement selon les rubriques suivantes :

- a) La MAMA et les MJF font partie des méthodes modernes même si elles sont naturelles
- b) Méthodes hormonales qui incluent l'usage de la pilule, Implants, des injectables.
- c) Méthodes de barrières physiques qui réfèrent à l'usage des moyens suivants :
 - Le condom (masculin et féminin)
 - Le dispositif intra-utérin
 - Le diaphragme
 - La cape cervicale
- d) Les éponges vaginales
- e) Méthodes chimiques réfèrent à l'usage des moyens suivants : Les spermicides sous formes de crèmes ou gelées vaginales de comprimés vaginaux, de mousses vaginales.
- f) Méthodes chirurgicales
 - La vasectomie
 - La ligature des trompes.

CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)

- La CCV regroupe des méthodes chirurgicales irréversibles de prévention de la grossesse.
- Ces méthodes sont :
 - Chez l'homme : vasectomie
 - Chez la femme : ligature des trompes (LT)

1. La ligature des trompes

- C'est une procédure chirurgicale par laparotomie, mini laparotomie ou laparoscopie destinée à supprimer le potentiel génésique (tout risque de grossesse) de la femme.
- Empêche la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule par le biais d'une occlusion des trompes (section, cautérisation, anneaux, clip).

Avantages

- 99,8% d'efficacité
- Méthode irréversible
- N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels
- Pas d'effets secondaires à long terme, N'interfère pas avec la physiologie gynécologique (cycle menstruel)
- Ne nécessite pas d'approvisionnement et de suivi particulier
- Peut se faire sous anesthésie locale (mini laparotomie)
- Prévention des grossesses à haut risque

Inconvénients

- Possibilité de regret, Méthode irréversible
- Nécessite un acte chirurgical
- Pas de protection contre les IST/SIDA
- Peut nécessiter une anesthésie générale (laparoscopie, laparotomie)

Administration

- Dans le Post-partum
 - En post-partum immédiat
 - Après 42 jours de post-partum
- En Post-abortum :
 - en l'absence d'infection, Immédiatement,
 - Ou dans les 7 premiers jours.

2. La vasectomie

- La vasectomie est une méthode irréversible et volontaire pour mettre fin à la fécondité de l'homme
- Ligature et section des canaux déférents (le sperme ne contient plus de spermatozoïde).

Avantages

- 99,8 % d'efficacité
- Méthode irréversible
- N'interfère pas avec les rapports sexuels et la fonction sexuelle
- Ne nécessite pas d'approvisionnement ni de dépense supplémentaire.

Inconvénients

- Possibilité de regret : Méthode irréversible
- Efficacité retardée (après 3 mois)
- Ne protège pas contre les IST/SIDA
- Risque de complications liées à l'intervention

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

- Méthode contraceptive exceptionnelle et non une méthode abortive qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé.
- Elle peut être offerte à n'importe quel moment du cycle menstruel et utilise les mêmes produits que la contraception classique.

Critères d'utilisation :

- Cliente non couverte par une méthode de contraception moderne
- Victimes d'une agression sexuelle
- Rapports sexuels non planifiés ou non protégés (éjaculation sur la vulve, coït interrompu)
- Mauvaise utilisation du condom (glissement ou bris)
- Cliente non couverte par une méthode de contraception moderne
- Victimes d'une agression sexuelle
- Rapports sexuels non planifiés ou non protégés (éjaculation sur la vulve, coït interrompu)
- Mauvaise utilisation du condom (glissement ou bris)
- Omission de prise ou prise anarchique de pilules
- Expulsion du DIU
- Non prise de DMPA au-delà de 13 semaines après la dernière injection
- Non respect de l'abstinence ou rapport sexuel non protégé lors de la période de fécondité dans la PFN

LES METHODES DE CU

- PILULES CLASSIQUES - NORLEVO® - PREGNON - DIU

AVANTAGES

- COC :
 - Utilisation simple
 - Efficacité (75%)
 - Bonne innocuité
- PILULES PROGESTATIFS SEULS (PPS) :
 - Bonne innocuité
 - Efficacité (85%)
 - Effets secondaires moindres par rapport aux COC (nausées & vomissements)
- DIU :
 - Bonne innocuité
 - Efficacité (99%)
 - Discrétion
 - Relais pour une méthode contraceptive longue durée

INCONVENIENTS

- Ne protège pas contre les IST, VIH/SIDA
- Nécessite un personnel qualifié (DIU)

LIMITES

- A prendre dans les 5 jours (120 heures) qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé. Plus tôt la CU est administrée, plus elle est efficace.
- La contraception d'urgence n'est pas faite pour servir de méthode régulière de contraception. Elle est une méthode ponctuelle et doit inciter à l'adoption d'une méthode régulière.

LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)

Le D.I.U. (stérilet) est un petit objet que l'on insère dans la cavité utérine pour éviter une grossesse.

MECANISME D'ACTION

- Empêche la fécondation par Réduction du nombre des spermatozoïdes et de leur morbidité;
- Accélération du péristaltisme tubaire et du transport de l'ovule vers la cavité utérine
- Effet inflammatoire (corps étranger dans l'utérus) empêchant la nidation

AVANTAGES

- Efficacité 99 %
- Discrète
- Réversible
- N'affecte pas l'allaitement
- Aucune interaction avec les médicaments
- Longue durée d'action (12 à 13 ans) pour TC-380 A
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Peut être retiré à tout moment par un personnel formé
- Peu coûteux.

INCONVENIENTS

- Nécessite un personnel formé
- Nécessite un suivi médical
- L'insertion et le retrait peuvent être plus ou moins douloureux
- Ne protège pas contre les IST/SIDA
- Possibilité d'effets secondaires à type de:
 - Crampes utérines modérées
 - et saignements vaginaux irréguliers ou abondants

ADMINISTRATION

- Entre le 1er et le 12^{ème} jour du cycle
- A n'importe quel moment du cycle si la femme n'a pas eu de rapports sexuels ou utilise une méthode contraceptive fiable
- Dans le post-partum :
 - Immédiat
 - dans les 48 heures
 - Ou après 42 semaines
- Dans le post-abortum :
 - immédiatement ou dans les 7 premiers jours si pas d'infections pelviennes ou si pas avortement septique

INSTRUCTIONS A LA CLIENTE

- Possibilité de crampes pelviennes dans les 3 jours après l'insertion
- Reprendre les rapports sexuels aussitôt que possible
- Possibilité de saignement après la pose
- Vérifier les garnitures (possibilité d'expulsion plus importante surtout pendant la 1ère semaine)

LA CONTRACEPTION INJECTABLE à PROGESTATIF SEUL

Ce sont des produits contraceptifs

- injectables en Intra musculaire
- à base de progestatifs
- qui agissent pendant
 - 3 mois pour le Dépo-provéra (150 mg d'acétate de dépo-medroxyprogestérone -DMPA)
 - et 2 mois pour le Noristérat (200 mg d'énanthate de noréthindrone- NET-en) .

MECANISME D'ACTION

- Bloquent l'ovulation
- Épaississent la glaire cervicale
- Atrophient l'endomètre
- Ralentissent le transport des gamètes dans les trompes de Fallope

AVANTAGES

- Efficaces à 99 %
- Efficacité immédiate en moins de 24 heures après l'injection
- 3 mois de protection pour le Dépo-provéra et 2 mois de protection pour le Noristérat
- N'interfèrent pas avec l'allaitement et les rapports sexuels
- Ne contiennent pas d'œstrogène
- Moins de crampes menstruelles
- Protège contre les cancers de l'endomètre
- Diminuent les maladies bénignes des seins
- Diminuent le risque de Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) par épaissement de la glaire cervicale qui ferme le col

INCONVENIENTS

- Aménorrhée
- Spotting
- Saignements
- Retour à la fécondité retardé
- Aucune protection contre les Infections du Tractus Génital (ITG) et IST/SIDA.

QUAND ADMINISTRER LA METHODE ?

- Du 1er au 7ème jour du cycle.
- Dans le post-partum
 - A partir de 6 mois si la femme utilise la méthode MAMA
 - Après 6 semaines si la femme allaite et n'utilise pas la méthode MAMA
 - Dès le post-partum immédiat si la femme n'allait pas
- Dans le post-abortum :
 - Immédiatement ou dans les 7 jours qui suivent l'avortement

INSTRUCTIONS A LA CLIENTELE APRES INJECTION

- Elle doit revenir pour une injection
 - toutes les 13 semaines sous Dépo-provéra
 - tous les 2 mois sous Noristérat en précisant la date exacte

TOUTEFOIS,

- Avant la date habituelle : L'injection peut être donnée avec 2 semaines d'avance
- Après la date habituelle :
 - L'injection peut être donnée avec 4 semaines de retard sans nécessité d'utiliser une contraception
 - Après 4 semaines de retard: abstention, contraception complémentaire, CU

LES IMPLANTS CONTRACEPTIFS

Les implants sont une méthode contraceptive composée de capsules fines et flexibles remplies de progestatifs, insérées juste sous la peau à la partie interne du bras.

TYPES

Les différents types d'implants sont :

- Le Norplant avec 6 capsules de lévonorgestrel
- L'Implanon avec 1 capsule d'étonogestrel
- Le Jadelle avec 2 capsules de Lévonorgestrel

DUREE D'ACTION

Norplant :

- 7 ans si poids < 70 kg
- 5 ans entre 70 et 80 kg
- 4 ans si poids > 80 kg

Jadelle :

- 5 ans si poids < 80 kg
- 4 ans si poids > ou = 80 kg

Implanon : 3 ans

MECANISME D'ACTION

- Épaississement de la glaire cervicale
- Blocage de l'ovulation
- Rend l'endomètre impropre à la nidation

AVANTAGES

- Efficacité 90 - 99 %
- Discrète
- Réversible
- Longue durée d'action
- N'affecte pas l'allaitement
- Retour immédiat de la fécondité
- Pas d'effet lié à l'œstrogène
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Prévention de l'anémie chez certaines femmes (aménorrhée, diminution du flux menstruel)
- Diminue le risque des MIP (Maladies inflammatoires pelviennes) Peut être retiré à tout moment par un personnel formé

INCONVENIENTS

- Nécessite un personnel formé
- Petite chirurgie pour l'insertion et le retrait
- Nécessite un suivi médical
- Ne protège pas contre les IST/SIDA

Possibilité d'effets secondaires à type de:

- Spotting
- Aménorrhée
- Maux de tête
- Vertiges
- Nausées
- Tension mammaire
- Nervosité
- Prise de poids

INSTRUCTIONS A LA CLIENTE

- Eviter toute souillure.
- Ne pas mouiller le pansement.
- Refaire le pansement au 3^e jour et demander à la cliente de l'enlever au 5^e jour.
- Peut reprendre ses activités, mais éviter de soulever des objets lourds avec le bras ayant les implants le 1^{er} jour.
- Peut reprendre les activités sexuelles (moins de 24 heures)
- La zone d'insertion peut être enflée ou un peu douloureuse
- Après cicatrisation pas de soins particuliers
- Son effet contraceptif se termine avec le retrait des capsules ou si les 5 ans sont dépassés
- Peut changer de méthode à tout moment

LA METHODE DE L'AMENORRHEE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (MAMA)

BASE PHYSIOLOGIQUE

- Allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois du post-partum
- Succion du mamelon : stimulation de l'hypophyse production de prolactine blocage ovulation

CONDITIONS

- Aménorrhée
- 6 premiers mois du post-partum
- Allaitement fréquent : intervalle maximum de 4h le jour et 6h la nuit
- Allaitement exclusif : pas d'apports alimentaires complémentaires

AVANTAGES

- **CONTRACEPTION**
 - Efficacité : 98%
 - Pas d'effets secondaires
 - Ne coûte rien
 - N'interfère pas avec les rapports sexuels
 - Pas de visite de suivi
- **SANTE DE LA MERE**
 - Diminue le saignement post-partum
 - Risque d'anémie réduit
- **SANTE DE L'ENFANT**
 - Immunisation jusqu'à 6 mois : risque infectieux réduit
 - Renforce l'affection mère-enfant
 - Meilleur développement psychomoteur

INCONVENIENTS

- Protection à court terme
- Aucune protection contre le VIH/SIDA
- Méthode contraignante

INSTRUCTIONS

- Tétées fréquentes à la demande
- Donner les 2 seins à chaque tétée
- Vider complètement un sein, donner l'autre, et à la prochaine tétée commencer par ce dernier
- Intervalle maximum : le jour 4h, la nuit 6h
- En cas d'absence, exprimer le lait (à donner à l'enfant à la tasse)

CONSERVATION DU LAIT MATERNEL

- 8h (température ambiante),
- 72h (réfrigérateur),
- 3 mois (congélateur)

METHODES BARRIERES : CONDOMS ET SPERMICIDES

Les méthodes barrières sont des méthodes contraceptives qui empêchent la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine.

TYPES

- Les méthodes mécaniques (bloquent l'entrée des spermatozoïdes) :
 - Condom masculin
 - Diaphragme
 - Éponge
 - Condom féminin
 - Cape cervicale
- Les méthodes chimiques ou spermicides (inactives ou détruisent les spermatozoïdes):
 - Comprimés / cônes
 - Crèmes
 - Gelées
 - Mousses

1. CONDOM FEMININ

C'est un mince fourreau de plastique en polyuréthane mou et transparent. Il est formé de deux anneaux. L'un est fermé et doit être placé en contact avec le col utérin, l'autre est ouvert à l'extérieur devant être placé au niveau des petites lèvres

AVANTAGES

- Efficacité : 71- 95% si employé correctement et constamment maîtrisé par la femme
- Protège contre les IST et les grossesses non désirées
- N'exige pas d'ordonnance ni de bilan médical
- Pas d'effets secondaires ; pas d'allergie
- N'interfère pas avec l'allaitement maternel
- Méthode d'attente ou d'appui
- Peut améliorer l'orgasme chez la femme
- Sensation de contact naturel

INCONVENIENTS

- Coûte cher actuellement
- Efficacité relative en pratique courante
- Exige le consentement du partenaire
- Doit être disponible immédiatement
- La femme doit toucher ses parties génitales
- Peut faire du bruit lors des rapports sexuels

2. SPERMICIDES

Les spermicides sont des produits chimiques qui sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel, rendant inactifs les spermatozoïdes

MECANISME D'ACTION

Action chimique : détruit la membrane cellulaire des spermatozoïdes affectant leur mouvement et leur capacité à féconder.

AVANTAGES

- N'interfère pas avec l'allaitement maternel
- Peut être une méthode d'attente ou d'appoint
- Facile à utiliser
- pas d'ordonnance ni bilan médical
- Peut servir de lubrifiant
- Pas d'effet secondaire systémique
- Réversible

INCONVENIENTS

- Excès d'humidité vaginale
- Interfère avec le rapport sexuel
- Peut donner une allergie, irritation vaginale
- Exige une motivation continue
- Efficacité 70-90 % si utilisé seule, et 70-99 % avec condom
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport

LA METHODE DES JOURS FIXES ET LE COLLIER DU CYCLE

- Identifie les jours 8-19 du cycle comme fertiles
- C'est pour les femmes avec un cycle menstruel entre 26 et 32 jours
- Aide le couple à éviter une grossesse imprévue en sachant quand s'abstenir de rapports sexuels non protégés
- Utilise un collier de perles colorées pour aider la femme à identifier sa période féconde

LE COLLIER DU CYCLE®

Collier de perles multi colorées (12 blanches, 19 marron et 1 rouge) qui aident la femme à:

- Connaître à quel jour de son cycle elle est
- Identifier les jours féconds de son cycle
- Suivre la durée de son cycle

QUI PEUT UTILISER LA MJF ?

- Les femmes ayant des cycles compris entre 26 et 32 jours
- Les couples qui peuvent éviter les rapports sexuels non protégés du 8ème au 19ème jour du cycle
- Les couples qui ne courent pas de risque de contracter une IST

AVANTAGES

- Simple
- Naturelle
- Efficace
- Peu Coûteuse
- Permet à la femme de connaître son cycle menstruel
- Encourage la communication de la PF au sein du couple

INCONVENIENTS

- Ne Protège pas contre les IST ou le VIH/SIDA
- Nécessité d'éviter des rapports sexuels non protégés durant les jours féconds

LIMITES

- Nécessité d'un counseling additionnel ou spécifique si :
 - début d'apparition des règles
 - pré ménopause
 - Prise de certains médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, antibiotiques au long cours, Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens)
- Différer l'utilisation après accouchement, après avortement, ou si saignements irréguliers

III. Avantages et obstacles de la PF

AVANTAGES DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

L'espacement des naissances offre plusieurs avantages à la fois d'ordre sanitaire, social et économique. Ces avantages concernent aussi bien la mère que l'enfant, le couple familial et la société en général.

Avantages pour la mère

L'espacement des naissances permet à la mère de recouvrer ses forces entre deux accouchements séparés d'au moins deux ans. Il lui offre suffisamment de temps pour s'occuper de son enfant sans avoir à craindre la naissance imminente d'un autre. L'espacement des naissances diminue les risques de maladies et de complications liées aux grossesses rapprochées ou non désirées. Il lui permet d'être plus disponible pour s'adonner à des activités génératrices de revenus économiques afin d'améliorer son niveau de vie social.

Avantages pour l'enfant

L'espacement des naissances permet à l'enfant de jouir suffisamment des liens privilégiés qui l'unissent à sa mère sans la crainte d'une naissance précoce qui viendrait perturber cette relation psychosociale. Il met l'enfant à l'abri des maladies nutritionnelles résultant de pratiques inappropriées du sevrage. Il permet à l'enfant de grandir normalement dans un environnement familial sain.

Avantages pour le couple

L'espacement des naissances offre de nombreux avantages sociaux et économiques au couple qui le pratique. Sur le plan social, il évite au couple les risques de faire des grossesses non désirées, ce qui le préserve des désagréments psychosociaux éventuels. Il permet d'éviter les tentations d'interruption volontaire de grossesses non désirées, d'abandons d'enfants le cas échéant ou alors d'infanticides délibérés. Sur le plan économique, l'espacement des naissances réduit au minimum les charges financières de consultations et de soins de santé liés à la grossesse. Il renforce les capacités de productivité du couple en lui évitant des charges financières, physiques et des émotions relatives aux grossesses rapprochées.

Avantages pour la société

L'espacement des naissances offre aussi des avantages pour la société en général. En effet, il permet de réaliser des économies sur des dépenses publiques de soins de santé maternels qu'auraient engendrées des grossesses rapprochées. En d'autres termes, l'espacement des naissances au sein de la population permet à la collectivité locale de tirer davantage de profit de son budget de santé en affectant des fonds à d'autres chapitres de dépenses (ex : équipements, vaccinations, renforcement de dotations en médicaments). La réduction des dépenses de santé, notamment celles inhérentes aux soins requis par des grossesses rapprochées peut permettre à la collectivité locale d'injecter des fonds dans des projets générateurs de revenus au profit de la population. Ainsi, l'espacement des naissances peut être un facteur déterminant de la lutte contre la pauvreté à partir du niveau local car il permet aux femmes d'être plus productives.

OBSTACLES A LA CONTRACEPTION

Tous facteurs pouvant empêcher l'utilisation de la contraception par des individus, des groupes ou des populations déterminés.

OBSTACLES LIES A LA COMMUNAUTE

- Réticence du partenaire
- Réticence de la belle famille
- Croyances religieuses
- Rumeurs
- Manque d'informations
- Manque de moyens financiers
- Faible pouvoir de décision de la femme
- Insuffisance de l'implication des hommes...

OBSTACLES LIES AUX INFRASTRUCTURES SANITAIRES

- Structures de santé éloignées
- Mauvais accueil
- Rupture fréquente de produits contraceptifs
- Insuffisance de formation du personnel
- Gamme de produits contraceptifs incomplète
- Absence d'intégration des services SR

STRATEGIES POUR REDUIRE LES OBSTACLES A LA CONTRACEPTION

Diverses stratégies peuvent être adoptées en vue de minimiser les obstacles à la contraception. En tous les cas, l'adoption de quelque stratégie que ce soit doit être sous-tendue par une analyse préalable de la situation qui prévaut en vue d'en déterminer les facteurs et d'en apprécier l'ampleur.

Ainsi, par exemple, dans une communauté déterminée, des obstacles à la contraception sous-tendus éventuellement par des problèmes d'acceptabilité psychosociologique des services offerts ne peuvent être résolus sans la participation de leaders locaux et autres personnalités influentes. Par contre, la résolution des problèmes d'acceptabilité résultant des obstacles inhérents à l'attitude des professionnels de la santé à l'endroit de certaines personnes sollicitant des moyens modernes de contraception requiert des mesures appropriées d'ordre administratif de l'autorité du responsable hiérarchique dont relève les personnels incriminés.

Enfin, les obstacles à l'accessibilité physique, matérielle ou économique relèvent des compétences des autorités sanitaires nationales.

FACTEURS D'ACCEPTATION ET DE NON ACCEPTATION DE LA PF

Acceptation	Non acceptation
<ul style="list-style-type: none">• Peur de divorces avec beaucoup d'enfants• Rationalité économique (peu de moyens)• Santé de la mère et de l'enfant• Eviter les accouchements à un âge tardif• Grossesses rapprochées empêchent la pratique des AGR• Non cherté des services PF	<ul style="list-style-type: none">• Une société traditionnelle pro-nataliste• Enfant comme sécurité sociale• Polygamie, héritage• Faible niveau d'instruction• Crainte de favoriser la débauche/infidélité• PF assimilé à la limitation des naissances• Perceptions sur la position de l'islam• Effets secondaires et rumeurs sur la PF• Influence de la belle famille contre la PF• L'opposition des maris• Peur de ne plus procréer

(source : enquête qualitative dans les sites du projet, 2010)

COMMUNICATION EN ANIMATION DE GROUPE

I. Généralités sur le Communication

DEFINITION DE LA CCC

La CCC est un processus qui consiste à produire/diffuser des messages auprès des populations cibles en vue d'obtenir leur adhésion et un changement positif de leur comportement pour l'amélioration de leur bien-être.

La CCC implique un ensemble d'interventions planifiées et basées sur la recherche qui tiennent compte des valeurs, du contexte et des relations existant entre les membres d'une communauté et qui comportent la communication interpersonnelle, le counseling, les mass médias, la mobilisation sociale et le Plaidoyer.

IMPORTANCE DE LA CCC

La CCC sert d'outil/stratégie de développement humain dans les domaines de santé/nutrition, éducation, la protection, la lutte contre les maladies et l'amélioration des conditions de vie.

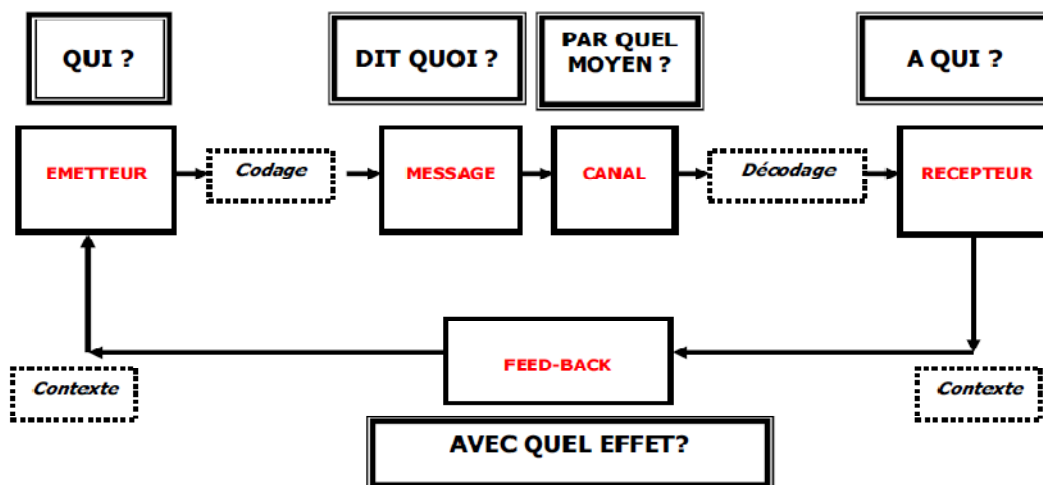
Le concept d'adulte

- L'adulte est par essence autonome. S'il est placé dans une situation qui affecte cette autonomie, il est frustré et il intégrera difficilement le contenu qui lui est proposé.
- L'adulte est la somme de ses expériences. Si l'on ne tient pas compte de ses expériences, il se sent dévalorisé.
- L'adulte fait face à des problèmes réels et doit prendre des décisions réelles. Si la communication ne l'aide pas à prendre des décisions ou à résoudre des problèmes, il considère que son temps est gaspillé.
- L'adulte est responsable de son propre changement de comportement. La communication doit avoir pour but de l'aider atteindre cet objectif

Par conséquent il faut :

- Faire participer activement les participants adultes au processus d'apprentissage et leur servir d'animateurs ;
- Tirer profit des expériences et connaissances des participants qui sont pertinentes au sujet traité.
- Montrer aux participants comment la session les aidera à atteindre leurs buts
- Faire le lien entre l'apprentissage et leur travail, des rôles sociaux ou d'autres responsabilités qui ont une valeur pour eux.
- Les adultes sont pratiques. Il faut donc mettre l'accent sur les aspects d'une leçon qui leur seront le plus utiles dans leurs activités sociales
- Les adultes ont besoin d'être respectés. Les facilitateurs doivent reconnaître la valeur des expériences que les participants adultes apportent

Schéma descriptif des éléments de base de la Communication



Toute bonne communication prend en compte les éléments de base suivants :

L'émetteur: c'est celui qui émet le message. Il peut être une personne ou un groupe de personnes. On émet des messages lorsqu'on parle, écrit, fait des gestes.

Le message: c'est l'ensemble des informations transmises par l'émetteur. Il forme le contenu de la communication. Le message peut être oral, écrit, visuel ou composé de signes non verbaux.

Le canal: c'est le moyen ou le support utilisé par l'émetteur pour véhiculer et transmettre le message au récepteur.

Le contexte: c'est le cadre ou l'environnement spécifique dans lequel se produit la communication. Il influence tant le message que la manière de transmettre. Il comprend les aspects physique, culturel, socio psychologique et temporel.

Le récepteur: c'est celui à qui est destiné le message, qui reçoit le message. Il peut être une personne ou un groupe de personnes. On reçoit des messages en écoutant, lisant, regardant.

Le feedback: c'est la rétroaction aux messages émis ou le retour de l'information. Elle permet de juger de l'effet du message sur le destinataire (savoir si ce dernier a compris la signification du message transmis) et permet de rectifier en conséquence.

NB : Le code, c'est à dire la langue ou le moyen par lequel on s'exprime joue un rôle très important dans le processus de communication. Si le code n'est pas compréhensible par le récepteur, exemple, une langue que le récepteur ne comprend pas, il ne peut y avoir communication

LES QUALITES D'UN BON ANIMATEUR	
<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillant • Respectueux, poli, courtois • Attentif aux réactions du public • Flexible • Dynamique • Créatif • Bien organisé • Sensible aux sentiments des autres • Patient • Disponible • Tenue correcte (culturellement acceptable) • Etc. 	<p>Compétences de base en communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise le sujet • Sait faire des synthèses • Adopte un langage simple • Fait participer l'auditoire • Écoute attentivement • Pratique l'écoute active • Sait reformuler • Sait observer : beaucoup d'informations peuvent être obtenues à partir de l'observation • Sait analyser et interpréter • Sait poser des questions ouvertes • Suggère des alternatives • Sait récapituler • - Etc.

II. Orientations sur l'utilisation des aides visuelles

Définition

Un support audio-visuel est un moyen diffusant des sonorités et/ou comportant des images statiques ou animées d'un objet, d'un fait, d'un phénomène ou d'une situation déterminée.

La notion de moyen audio-visuel s'applique à la fois aux moyens qui sont sonores (ex : le poste radio, le magnétophone) et à ceux qui sont strictement visuels (ex : affiche, peintures d'art, cartes géographiques). C'est un ensemble de moyens qui utilisent le son, l'image et parfois le toucher pour illustrer, renforcer ou concrétiser ce qui est exprimé « par la parole »

Supports audiovisuels utilisés

- Des affiches imagées et des photographies sur des thèmes variés
- Des brochures et dépliants illustrés sur divers thèmes
- Des boîtes à images sur des thèmes variés

Avantages et limites des supports audio-visuels

Les supports audio-visuels offrent ce grand avantage commun de donner une illustration sonore, visuelle ou les deux à la fois d'un phénomène, d'un élément ou d'une situation qui, outre mesure, n'aurait été évoqué qu'oralement par le présentateur.

Affiches imagées et photographies

Elles permettent une illustration imagée du phénomène, de l'objet ou de la situation à l'étude. Elles peuvent être avantageusement utilisées avec de petits groupes (jusqu'à 20 personnes). Comme limites, les affiches et photographies ne peuvent être utilisées dans un grand groupe à cause des problèmes de visibilité.

Brochures et dépliants illustrés

Ce sont des documents succincts comportant des images commentées. Informations concises permettant une bonne compréhension de l'essentiel sur un phénomène. Elles sont conçues pour une consultation individuelle ou par petits groupes de deux à cinq personnes au plus. Elles sont malheureusement limitées à l'usage de personnes sachant lire.

Critères de choix de supports audiovisuels

Le choix de supports audiovisuels est opéré en fonction de certaines conditions et de critères spécifiques :

- La nature du support audio-visuel et le contexte physique de son utilisation
- La praticabilité du support dans l'environnement où il est censé être utilisé
- Les caractéristiques et l'effectif des participants
- Les thèmes à développer.
- Les aptitudes personnelles de l'utilisateur

Utilisation de supports audio-visuels obéit à certains principes :

- Visibilité / audition (support suffisamment visible ou/et sons distinctement audibles)
- Pertinence des explications
- Manipulation adéquate
- Environnement physique n'interférant pas sur l'efficacité des supports
- Manœuvres ne perturbant pas la visibilité du matériel ou l'audition des sons

III. Techniques d'animation (La causerie, La visite à domicile)

La causerie participative

Qu'est ce qu'une causerie participative ?

C'est une technique de discussion interactive entre un animateur/facilitateur et un groupe cible donné sur un thème donné.

L'objectif visé est qu'au terme de la discussion interactive que les uns et les autres aient une meilleure information sur les différents aspects du thème abordé et que dans le plus ou moins long terme les informations capitalisées débouchent sur un processus de changement de comportement.

Quelles sont les étapes d'une causerie participative ?

L'animation d'une causerie participative nécessite une parfaite connaissance de ses différentes étapes-clés que sont : la préparation, l'exécution, et l'évaluation

Le choix du thème

Le choix du thème s'effectue en fonction de plusieurs paramètres dont les plus importants sont :

- la nature du problème qu'on veut résoudre,
- les caractéristiques du groupe-cible ou des groupes-cibles les plus concernés, les plus touchés ou les plus affectés par ce problème
- le moment le plus propice pour aborder ce problème avec le ou les groupes ciblés.

Exemple :

Thème	Problème qu'on veut résoudre	Groupes-cibles
Espacement des naissances et santé maternelle et infantile	Facteurs de non utilisation de la PF par les femmes qui le désirent	- Les leaders des OCB de femmes - les hommes membres d'un Dahira - Etc

La préparation

La préparation d'une causerie participative nécessite de la part de l'animateur de :

- s'informer davantage sur le thème qu'il va aborder avec son groupe cible
- avoir une meilleure connaissance sur son groupe cible (ses convictions, ses préférences, ses intérêts, ses coutumes et pratiques par exemple)
- avoir en tête clairement le ou les changements d'attitude et de comportements qu'on veut introduire ou provoquer au sein de ce groupe cible (objectifs du facilitateur)
- réfléchir et choisir le matériel, les outils et supports appropriés au groupe cible (guide de discussion, cartes conseils, fiches techniques sur les IST, boîtes à images, TV, K7, vidéo, etc.)
- prendre contact de manière formelle avec le groupe cible pour caler la date, le lieu, l'horaire dépendant de la disponibilité et des préférences du groupe cible. Les relancer à l'approche de la date de l'activité
- se faire des alliés ou se faire aider au besoin par des personnes tels les leaders d'opinions qui ont les capacités d'influencer positivement le groupe cible
- Le jour « J » être sur les lieux au moins 1 heure avant, aménager l'espace de discussion et faire les réglages appropriés. Ne pas oublier d'impliquer les participants pour une meilleure appropriation de l'activité.

L'exécution

- L'animateur souhaite la bienvenue aux participants
- L'animateur introduit le thème à aborder et demande le feed back des participants
- L'animateur suscite la discussion interactive
- L'animateur aborde avec le groupe de manière séquentielle les sous thèmes ;
- L'animateur vérifie que tous les aspects du thème consignés dans son guide sont abordés et les enjeux bien compris
- L'animateur fait à chaque fois le résumé avec les participants des messages clés à retenir et à partager avec d'autres au sein de la communauté
- L'animateur conclut l'activité s'il y a plus de questions, commentaires et réactions
- L'animateur annonce s'il y a lieu le thème à traiter la prochaine fois avec la cible
- Le facilitateur remercie le groupe cible et clôture l'activité
- L'animateur range le matériel.

Conditions à respecter dans l'animation d'une causerie

- Ecouter activement les interventions des participants
- Faire des reformulations
- Faire attention aux signes non verbaux de la communication
- Parler fort, distinctement avec un débit ni trop rapide ni trop lent
- Utiliser des termes simples et connus de l'auditoire
- Parler avec conviction
- Regarder l'auditoire en parlant
- Encourager les participants à poser des questions
- Encourager la discussion entre participants
- Inciter la participation de tous
- Orienter avec tact les participants qui sortent du sujet
- Ne pas monopoliser la parole
- Procéder à une bonne distribution de la parole
- Faire des synthèses partielles

L'évaluation

Plusieurs évaluations sont possibles. Mais dans une perspective de fidélisation de la cible et de changement de comportement, le facilitateur pourra mettre l'accent avec les participants sur :

- les aspects à améliorer pour la prochaine fois surtout sur la facilitation
- les choses importantes et nouvelles apprises sur le thème à partager avec d'autres
- A-t-on atteint ensemble les objectifs ? (C'est surtout le facilitateur qui doit se poser cette question)

La Visite à domicile (VAD)

DÉFINITION :

La VAD est une visite que l'on rend à une personne ou à une famille en vue de :

- Prodiguer des conseils
- Donner des informations sur un sujet précis
- Trouver une solution à un problème.

ÉTAPES DE RÉALISATION D'UNE VISITE À DOMICILE

Que faut-il faire avant :

- Identifier la famille
- Identifier le problème
- Fixer l'objectif de la visite (qu'est ce que je veux faire exactement au sein de la famille ?
- Élaborer la stratégie d'approche (comment dois-je faire pour atteindre l'objectif fixé)
- Réviser les connaissances par rapport aux objectifs de la visite
- Préparer les supports que l'on voudrait utiliser (images, dépliants, etc...)
- Rassembler tout le matériel nécessaire à la causerie pendant la visite
- Prévenir la famille du jour de la visite (négocier un rendez-vous).

Que faut-il faire pendant la visite :

- Se rendre dans la famille et s'introduire selon les mœurs et les coutumes du milieu
- Échanger les salutations d'usage
- Se présenter si vous n'êtes pas encore connu dans la famille
- Établir un climat de confiance avec les membres de la famille
- Dire les motifs de la visite
- Laisser la famille expliquer ses soucis/préoccupations
- Rassurer la famille de la confiance de l'entretien
- Expliquer les contenus en relation aux soucis/préoccupations de la famille et compléter / donner des informations justes et claires sur le sujet concerné
- En discussion avec la famille, poser des questions claires et précises pour recueillir les opinions de la famille et donner les informations nécessaires à l'atteinte des buts fixés
- À travers des informations, des exemples concrets, aider la famille à adopter des solutions adaptées aux problèmes qui se posent
- Tout au long de la visite, le visiteur (l'animateur) doit se montrer disponible, attentif, courtois, respectueux, patient, etc. (appliquer toutes les qualités d'un bon animateur)
- Faire des synthèses partielles.

À la fin de l'entretien :

- Faire la synthèse générale de la rencontre en faisant ressortir les conclusions importantes que la famille doit retenir de la discussion.
- Remercier la famille pour sa disponibilité et prendre un autre rendez-vous si nécessaire.
- Après la visite :
 - Ranger le matériel et demander la route
 - Remplir la fiche technique d'animation et revoir son plan de travail si nécessaire.

LES CONDITIONS POUR RÉUSSIR LES VAD DANS LE CADRE DE LA CCC

- L'identification/la connaissance du problème spécifique
- L'identification précise des personnes concernées par le problème au sein de la famille
- La préparation de la visite telle que décrite à l'étape 1 dans "que faut-il faire avant"
- L'exécution de la visite telle que décrite également dans les conclusions de l'étape 2 dans "que faut-il faire pendant la visite"

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guide de formation des relais communautaires sur les IST/SIDA, le dépistage des touseurs chroniques et la planification familiale, USAID/FHI, Février 2010.
2. MANUEL DE FORMATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES EN SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET EN TECHNIQUES DE COMMUNICATION, Ministère de la santé publique du Niger, Direction de la Santé e la mère e de l'enfant, Mars-Avril 2008.
3. Formation des matrones en PF, guide du formateur ; Ministère de la santé et de la prévention, Division de la Santé de la reproduction, Projet USAID Santé Communautaire, CCF, Africare, WM, Plan international, Novembre 2008
4. Manuel de formation sur la réponse locale, le contrôle des IST/VIH/SIDA, et le Conseil dépistage volontaire à l'intention des réseaux pays de WANOSO, Alioune Badara SOW, Jun 2006
5. Santé Maternelle et- planification familiale, guide pour la formation des relais polyvalents, Ministère de la santé, USAID/MSH, Mars 2004
6. Curriculum de Formation en Communication pour le Changement de Comportement Formation des Relais Communautaires - PROSAF & DDSP Borgou-Alibori, Ministère de la Santé Publique du Bénin et à la Direction Départementale de la Santé Publique du Borgou/Alibori.